



## **Kanton St.Gallen: Aus- und Übertrittsmanagement in der Pflege**

### **1. Ausgangslage**

Ein umfassendes Aus- und Übertrittsmanagement ist erforderlich, um die nötige Kontinuität der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu gewährleisten und um Versorgungslücken zu verhindern. Der Übergang vom Spital nach Hause oder in eine nachbetreuende Gesundheitsinstitution erfordert eine frühzeitige und umfassende Planung und eine klare Koordination sowie nachvollziehbare Organisation.

Das Aus- und Übertrittsmanagement ist ein aus Assessment, Diagnose, Planung und Evaluation bestehender Prozess, welcher Aktivitäten umfasst, bei denen Patientinnen, Patienten, deren Angehörige und Vertretungen verschiedener Berufsgruppen zusammenarbeiten, um den nahtlosen Wechsel von einer Umgebung in die andere sicherzustellen.

Im Rahmen des Übertrittsmanagements wurde festgestellt, dass der «Überweisungsrapport für Spitex / Kliniken / Heime / Spitalexterne Dienste und andere» einer Überarbeitung benötigt. Der Überweisungsrapport wurde von der Koordinationsgruppe Spitin/Spitex im August 1995 erstellt und entspricht im Einzelnen nicht mehr den heutigen Anforderungen.

In Zusammenarbeit mit Vertreterinnen aus den kantonalen Spitälern, Kliniken, CURAVIVA SG, dem Spitex Verband SG|AR|AI und dem Dienst für Pflege und Entwicklung des Gesundheitsdepartements wurden Standards für das pflegerische Aus- und Übertrittsmanagement erarbeitet, um eine nahtlose Versorgung innerhalb des Kantons St.Gallen sowie an Gesundheitsinstitutionen ausserhalb des Kantons zu gewährleisten.

### **2. Zielsetzung**

Durch die Festlegung von einheitlichen, verbindlichen Minimalanforderungen bzgl. des pflegerischen Aus- und Übertrittsmanagement können die Organisationen und Institutionen aufgrund der ihnen bereits zur Verfügung stehenden Patientendaten und Dokumente die nachfolgenden Leistungserbringer zielgerichtet über die pflegerische Behandlung und Betreuung informieren. Diese Informationen bilden die fachliche Übergabe zwischen Pflegefachperson bei bereits erfolgter administrativer Anmeldung ab.

Die Umsetzung dieser verbindlichen Minimalanforderungen bedingt eine Transferleistung innerhalb der eigenen Institutionen indem intern definiert ist, welche Informationen aus welchen Dokumenten wie weitergeleitet werden.

### **3. Vernehmlassung**

Die verbindlichen Minimalanforderungen an die Informationsweitergabe im pflegerischen Aus- und Übertrittsmanagement wurden durch die Konferenz der kantonalen Pflegedienstleitungen, CURAVIVA SG, dem Spitex Verband SG|AR|AI und der Kerngruppe Pflegeentwicklung des Kantons St.Gallen im Sommer 2022 genehmigt.



**Dienst für Pflege und Entwicklung**  
Kerngruppe Pflegeentwicklung

**4. Gültigkeit**

Es empfiehlt sich, im Sinne einer optimalen Zusammenarbeit, die vorliegenden Mindestkriterien bei der Informationsweitergabe im pflegerischen Aus- und Übertrittsmanagement umzusetzen.


**5. Kontakt**

Für Rückfragen/Feedback steht Ihnen der Dienst für Pflege und Entwicklung des Kantons St.Gallen ([info.pflege@sg.ch](mailto:info.pflege@sg.ch)) zur Verfügung.

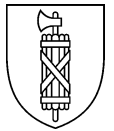


## 6. Prozess der pflegerischen Patientenübergabe an die Nachsorgeinstitution

Die frühzeitige Weitergabe der versorgungsrelevanten Informationen an die Nachsorgeinstitution ist ein zentraler Aspekt der Patientensicherheit beim Übertritt. Das erfordert eine umfassende Planung, eine klare Koordination und nachvollziehbare Organisation. Durch Umsetzung der untenstehenden Schritte wird der bisherige Überweisungsrapport hinfällig.

<p>Anmeldung ist erfolgt und Verlegungstermin ist bekannt</p> 	<p>Weitergabe von relevanten Patienteninformationen</p> 	<p>Telefonische Übergabe mit Möglichkeit zur Rückfragen</p> 	<p>Verlegung der Patientin oder des Patienten</p> 	<p>Evaluation</p> 
<p>Das Datum der Verlegung ist mit Patientin oder Patient und Angehörigen und im Behandlungsteam definiert und besprochen.</p> <p>Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Huddleboard</li> <li>• Patientendokumentation</li> </ul>	<p>Die Nachsorgeinstitution benötigt relevante Informationen damit sie sich auf die Patientin/ den Patienten entsprechend vorbereiten können.</p> <p>Abmachung 24 h/vor Austritt werden folgende Informationen an die entsprechende Nachsorgeinstitution gesendet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aktuelle Pflegeanamnese und aktualisierte Einschätzung der ATL's</li> <li>- aktuelle Screenings und Assessments</li> <li>- aktuelle Pflegediagnose/ individuelle Pflegeplanung</li> <li>- SENS, Patientenverfügung etc.</li> <li>- Informationen zu Arzneimitteln und Material</li> </ul>	<p>In anspruchsvollen Patientensituationen empfiehlt sich eine telefonische Übergabe. Diese erfolgt nachdem die Dokumente versendet worden sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Basis ist die aktuelle Pflegedokumentation, Vorgehen nach ISBAR</li> <li>- Explizite Klärung, ob die für die erste Zeit notwendigen Arzneimittel und Materialien vorhanden sind oder ob etwas mitgegeben werden muss</li> </ul>	<p>Prüfung ob alle Fragen der Patientin oder des Patienten, den Angehörigen und den Nachsorgeinstitutionen geklärt sind</p> <p>Allenfalls Mitgabe von nötigen Arzneimittel, Verbandsmaterialien, Hilfsmittel</p>	<p>Bei Verlegungen von anspruchsvollen Patientensituationen lohnt es sich, eine Evaluation mit der Nachsorgeinstitution durchzuführen</p>

(Prozess der pflegerischen Patientenübergabe an die Nachsorgeinstitution, KSSG, 2020)



**Dienst für Pflege und Entwicklung**  
Kerngruppe Pflegeentwicklung

## 7. Checkliste: Mindest- Kriterien für die pflegerische Patientenübergabe an die Nachsorgeinstitution

### Personalien / weitere Angaben

- Stammdaten (Name, Geburtsdatum, etc.)
- Patientenverfügung / andere Verfügungen
- Allergien / Unverträglichkeiten

### Soziale Situation

- Hospitalisationsdauer resp. Behandlung / Betreuung seit...
- Wohnsituation / häusliches Umfeld
- Bezugspersonen (inkl. Kontaktangaben, Beziehungsgrad, Pflegebedürftigkeit v. Bezugspersonen)
- Angaben zur Biografie / Sozialanamnese
- Haustiere

### Involvierte Dienste / Fachpersonen (z.B. palliativer Brückendienst, etc.)

- Kontaktangaben der Ansprechpersonen
- Behandlungsprocedere / Entscheidungsfindung inkl. Dokumentation (z.B. n. SENS, Patientenverfügung)
- Behandlungs- und Notfallpläne
- nächste Termine

### Spezifische Informationen zur (z.B. Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL))

- Funktionelle Fähigkeiten (Auszug ePA-AC, FIM, etc.)
- Waschen & Kleiden: Hautverhältnisse / Hautfeuchtigkeit, Pflegeprodukte
- Atmen: aktuelle Beeinträchtigungen, Tracheo- oder Laryngostoma
- Essen & Trinken: Spezielle Ernährungsformen, Portionengrösse, Trinkmenge, Lebensmittelunverträglichkeiten, Dysphagie, Nausea / Emesis
- Ausscheiden: letzter Stuhlgang, Kontinenz (Urin-/Stuhlgang, verwendete Materialien), Stuhl-/Urinableitungssysteme,
- Bewegen: Transfer, Fortbewegung, Gangbild, Reibung / Scherkräfte, Sturz (aktuelles Ereignis, Vorgeschichte, Massnahmen Sturzprävention)
- Körpertemperatur: spezifische Informationen
- Kommunikation: Fremdsprachigkeit, Defizite
- Schlafen: Schlafverhalten, Massnahmen zur Schlafförderung
- Sicherheit: Bewegungseinschränkende Massnahmen
- Schmerzen / Schmerzassessment:
- Weitere Informationen zu den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL's)

### Kognition / Verhalten

- Beeinträchtigung der Kognition (Orientierung, Demenz / Delir, verlangsamtes Denken oder psychopathologische Symptome) (z.B. Strategien im Umgang mit Unruhe)
- Verhaltensveränderungen / Affektregulierung / Impulskontrolle / Suchtverhalten
- spezifische Dokumentationen (DOS, CAM, etc.), falls diese für die nachsorgenden Institutionen relevant sind



**Dienst für Pflege und Entwicklung**  
Kerngruppe Pflegeentwicklung

**Seelisch- geistiges Befinden**

- spez. Informationen, falls diese für die nachsorgenden Institutionen relevant sind Präventive, diagnostische und therapeutische Massnahmen

**Bestellte Arzneimittel / Verbrauchsmaterialien (Ort, Menge)**

Arzneimittelmanagement

- Medikamentenliste inkl. Bedarfsmedikation / Therapieschemen (z.B. Diabetesmanagement)
- Angaben zur Dosierung (-slimiten) / Verabreichungsmodalitäten
- Arzneimitteleinnahme
- Patienten- und Angehörigenedukation  
→ *Abgabe von Arzneimitteln nach Sicherstellung und / oder individueller Absprache zwischen den nachsorgenden Institutionen*

**Medizinal- technische Verrichtungen**

Zu- und Ableitungen

- Angaben zu (Dosierungs-) Limiten / Fördermengen
- Handlungsanweisungen / Anleitungen zur Zu- oder Ableitung
- Patienten- und Angehörigenedukation

Medizinal-technische Geräte

- Verbrauchsmaterialien
- Handlungsanweisungen / Anleitungen zum Gerät
- Patienten- und Angehörigenedukation inkl. Dokumentation
- Angabe zu Miete oder Patienteneigentum (inkl. Angabe über Bestellung)  
→ *Abgabe von (Verbrauchs-) Materialien und Hilfsmittel nach Sicherstellung und / oder individueller Absprache zwischen den nachsorgenden Institutionen*

**Wundmanagement**

- Dokumentation (z.B. Wundprotokoll)
- Anleitungen zur Wundversorgung  
→ *Abgabe von (Verbrauchs-) Materialien nach Sicherstellung und / oder individueller Absprache zwischen den nachsorgenden Institutionen*

**Pflegerelevante (Schwer-) Punkte**

- Aktuelle, relevante Pflegediagnostik inkl. Pflegeplanung
- Aktuelle Protokolle / Dokumentationen, Blutzuckerwerte inkl. Nachspritzschema, Rund-Tisch Gespräche, etc.



## **8. Literatur**

Conca, A. et al (2013). Bei Eintritt den Austritt bereits im Blick, Krankenpflege /1

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP] (2014) Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege.Hochschule Osnabrück

Kantonspital St. Gallen (2020) Qualitätsstandard des Departements Pflege: Austrittsplanung und Nachsorgemanagement. St. Gallen

Kleinknecht, M., Lendner, I., Müller, R., Horlacher, K., Martin, J., Spirig, R. (2019). Einschätzung der Austrittsbereitschaft von Patienten\* in akutsomatischen Spitälern in der Schweiz durch Pflegefachpersonen. Pflegewissenschaft. 1/2-2019



**Dienst für Pflege und Entwicklung**  
Kerngruppe Pflegeentwicklung

## 9. Anhang

Um eine strukturierte Informationsweitergabe im Rahmen des pflegerischen Aus- und Übertrittsmanagement zu ermöglichen eignet sich Struktur nach ISBAR als Unterstützung.

**ISBAR** (engl. 1. Identification, 2. Situation, 3. Background, 4. Assessment, 5. Recommendation)

---

<b>1. Identifikation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Begrüssung</li><li>- Name der Patientin bzw. des Patienten</li><li>- Name und Funktion der beteiligten Pflegefachperson</li></ul>
<b>2. Situation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Grund des Anrufs (z.B. anstehender Übertritt)</li><li>- Schilderung aktuelle Patientensituation</li></ul>
<b>3. Hintergrund</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vorgeschichte</li><li>- Kontext der Patientensituation</li><li>- Behandlungsplan</li></ul>
<b>4. Assessment</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Aktuelle Einschätzung zum klinischen Zustand / Pflegebedarf</li><li>- Durchgeführte Assessments</li><li>- Evaluation Pflegeprozess</li></ul>
<b>5. Empfehlung</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vereinbarungen mit der Patientin, dem Patienten und/der Angehörigen</li><li>- Empfehlung zur weiterführenden Massnahmen im Pflegeprozess</li><li>- Informationstand der Patientin bzw. des Patienten</li></ul>

---